UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 461

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

SUR LA

VALEUR CLINIQUE DU SIGNE DE L'ÉPAULE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1902

PAR

Joseph LASSALLE

Né à Lourdes (Hautes-Pyr.), le 18 avril 1876

NOMS DES EXAMINATEURS { MM. CAUBET, ✻, ✪ I., *Président.*
TAPIE ✪ I.,
AUDEBERT,
CESTAN, } *Assesseurs.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE VIALELLE ET PERRY, RUE DU MAY, 1

—

1902

UNIVERSITE DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 — N° 461

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

SUR LA

VALEUR CLINIQUE DU SIGNE DE L'ÉPAULE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1902

PAR

Joseph LASSALLE

Né à Lourdes (Hautes-Pyr.), le 18 avril 1876

NOMS DES EXAMINATEURS { MM. CAUBET, ✻, ✪ I., *Président.*
TAPIE ✪ I., AUDEBERT, CESTAN, } *Assesseurs.*

ACAD. LOUBAT. BIBL.

TOULOUSE
IMPRIMERIE VIALELLE ET PERRY, RUE DU MAY, 1
—
1902

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	CAUBET, ✲, O I.
Assesseur		FREBAULT, O I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	CHARPY, O I.
Histologie normale		TOURNEUX, O A.
Physiologie		ABELOUS, O A.
Anatomie pathologique		TAPIE, O I.
Pathologie et Thérapeutique générales		HERRMANN, O I.
Pathologie interne		ANDRÉ, ✲, O I.
Pathologie externe		PÉNIÈRES, O A.
Médecine opératoire		LABEDA, O I.
Thérapeutique		SAINT-ANGE, O I.
Hygiène		GUIRAUD, O I.
Clinique médicale		CAUBET, ✲, O I.
		MOSSÉ, ✲, O A.
Clinique chirurgicale		JEANNEL, O I.
		CHALOT, O A.
Clinique obstétricale		CROUZAT, O A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY, O A.
Clinique des maladies mentales		RÉMOND, O A.
Pharmacie		DUPUY, O I.
Chimie et Toxicologie		FRÉBAULT, O I.
Matière médicale		BRAEMER, O I.
Histoire naturelle		LAMIC, O I.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM.	SOULIÉ.
Physique		MARIE, O A.
Chimie		ALOY, O A.
Histoire naturelle		SUIS. O A.
Médecine légale		GUILHEM. O A.
Bactériologie		MOREL, O A.
Clinique des maladies des enfants		BÉZY, O A.
Clinique ophtalmologique		VIEUSSE, ✲.
Hydrologie		GARRIGOU, O I.
Pathologie expérimentale		MAUREL, O. ✲, O I.
Cours élémentaire aux sages-femmes		AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM.	MOREL, O A.
		RISPAL.
		FRENKEL.
Chirurgie		BAUBY.
		CESTAN.
Accouchements		AUDEBERT.
Anatomie et Histologie		SOULIÉ.
Physiologie		BARDIER, O A.
Chimie		N.
Physique		CLUZET.
Pharmacie		RIBAUT.
Secrétaire de la Faculté		M. CHAUDRON, O I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A la Mémoire de mon Père

A MA MÈRE

A MA TANTE

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR CAUBET

Professeur de clinique médicale
Doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans cette étude qui, disons-le, dès le début, s'inspirera uniquement de faits cliniques, d'étudier la valeur du signe de l'épaule comme moyen de diagnostic par le palper.

L'idée n'est pas neuve. Avant notre travail ont paru, pour ne citer que les auteurs français qui ont écrit sur ce sujet, deux monographies remarquables.

Nous voulons parler des travaux de MM. Rivière, de Bordeaux, à qui nous devons le mot (signe de l'épaule), et Fabre, de Lyon.

A la lecture de ces mémoires, il nous a paru tout d'abord, nous devons l'avouer, que la question était complètement traitée. M. le professeur agrégé Audebert nous a cependant conseillé de prendre cette étude comme sujet de notre thèse. Il pensait, et nous pensons avec lui, qu'un travail de contrôle

purement clinique était encore à faire. Nous étions pour cela faire placé dans des conditions exceptionnelles, et, trois mois durant, aidé par les conseils de notre maître, nous avons pu suivre de nombreux accouchements et, en conséquence, nous faire une opinion.

Nous ne saurions trop nous souvenir de la grande bonté avec laquelle M. le professeur agrégé Audebert nous a accueilli dans son service. Nous sommes heureux de l'en remercier aujourd'hui et de lui dire publiquement combien nous lui sommes reconnaissant.

M. le professeur Caubet a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Il nous donne ainsi une marque de haute bienveillance que nous savons apprécier.

Que M. le professeur Crouzat veuille bien accepter l'expression de toute notre gratitude. Nous ne saurions oublier qu'il a été notre premier maître en obstétrique.

Merci à M. le professeur Pénières de tout l'intérêt qu'il nous a témoigné durant le cours de nos études.

Nous avons été successivement externe dans les services de MM. les professeurs Morel, Jeannel, Rémond et de M. le docteur Baylac, médecin des hôpitaux de Toulouse. Nous les remercions de l'enseignement qu'ils nous ont donné.

M^lle^ S. Sabathé, sage-femme en chef à la clinique d'accouchements, nous a toujours aidé de son

expérience. Nous l'en remercions respectueusement.

Nous savons qu'en quittant la Faculté de Toulouse, nous laissons un ami sincère. Je tiens à témoigner publiquement au docteur Lasaïgues l'expression d'une amitié que l'éloignement et le temps n'effaceront jamais.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546521_0065

PLAN

Nous diviserons notre travail en quatre chapitres.

Chapitre premier. — Historique. — Analyse sommaire des travaux parus sur la question et principalement des mémoires de MM. Fabre et Rivière.

Chapitre II. — Du diagnostic de la position de l'épaule par le palper. — Exposition des moyens employés. — Difficultés du diagnostic, leurs causes, moyens employés pour les éviter.

Chapitre III. — Résultats obtenus. — Explication des schémas. - Observations.

Chapitre IV. — Ce que l'on peut penser de la valeur diagnostique du signal de l'épaule.

Conclusions.

Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

Les auteurs classiques ne semblent pas avoir suffisamment mis en lumière la valeur de la palpation de l'épaule comme moyen de diagnostic des positions du sommet.

« Les auteurs qui se sont tout particulièrement occupés du palper abdominal et de son importance au point de vue du diagnostic ne semblent pas avoir pris en considération ce signe de l'épaule. Soit, en effet, qu'on lise avec soin l'historique du palper, si complètement étudié par M. Pinard dans son traité, soit qu'on ouvre les auteurs eux-mêmes, on ne voit nulle part qu'ils aient été frappés de la valeur du signe de l'épaule » (1).

Aucun auteur, en effet, avant M. Rivière, n'a attaché au signe de l'épaule l'importance qu'il paraît devoir acquérir. Il fut le premier à mettre en lumière ce point de repère fœtal et créa le signe de l'épaule, tout comme Tarnier avait créé le signe du front.

(1) Etude sur la valeur de la palpation de l'épaule dans le diagnostic de présentation du sommet. — Rivière, *in-Gazette hebd. des sciences médic. de Bordeaux*, 24 avril 1887.

MM. Devilliers et Chailly, dans un mémoire lu à la Société de médecine de Paris en 1842, parlant du diagnostic différentiel entre l'épaule et la fesse, disaient :

« La partie la plus saillante de cette surface (le tronc) sera l'épaule ou la fesse ; que l'on ne distinguera l'une de l'autre qu'à l'aide d'autres signes, par exemple du voisinage de la tête pour l'un et des extrémités inférieures pour l'autre. »

Mattei écrivait dans l'*Essai sur l'accouchement physiologique*, 1855 : « Lorsqu'on a affaire à l'un des côtés du fœtus, on trouve à une extrémité du tronc la saillie de la hanche et à l'autre celle de l'omoplate.

Belin, en 1866, ne parle de l'épaule que comme un signe trompeur qu'il faut bien se garder de confondre avec la tête, quand celle-ci se trouve profondément engagée dans l'excavation.

Marchal, Muray, Schrœder, Guyon, Depaul lui-même, considérant que le palper était un moyen d'exploration qui ne pouvait conduire qu'à des probabilités, se sont encore moins occupés de la recherche de l'épaule.

Le travail d'Hubert de Louvain est encore, ce nous semble, plus curieux. Il croyait au palper ; il rechercha et décrivit les sensations diverses que fournissent à travers la paroi maternelle les différentes parties fœtales. Il ne dit pas un seul mot de l'épaule. Nous la croyons pourtant tout au moins aussi facile à sentir que les coudes ou les genoux.

Tarnier trouva le signe du front, mais dans ses nombreux écrits on ne trouve aucune allusion au signe de l'épaule.

Dans son remarquable Traité sur le palper abdominal, M. le professeur Pinard s'exprime ainsi au sujet de l'épaule :

« Lorsqu'on a affaire à une variété postérieure, droite ou gauche, du sommet, on ne peut guère explorer que le plan latéral du fœtus et non le dos. Généralement, l'épaule se trouve à environ 7 à 8 centimètres de la ligne médiane. »

Il faut, ainsi que nous le disions plus haut, arriver aux deux mémoires publiés par MM. Rivière, 1886, et Fabre, 1896, pour voir le parti que l'on peut tirer en clinique de ce nouvau point de repère fatal.

Nous allons donner une analyse, très succincte d'ailleurs, de ces deux remarquables travaux.

M. Rivière s'est surtout occupé de la valeur que peut avoir le signe de l'épaule avant tout début de travail.

Si l'excavation est remplie par la tête ; qu'on se trouve en présence de positions antérieures ou postérieures, M. Rivière avance que l'épaule est toujours du même côté que l'occiput, et du côté opposé au front. Par conséquent : front à droite, épaule à gauche, position gauche. Front à gauche, épaule à droite, position droite.

Si l'excavation est vide, ce qui arrive principalement dans les cas de bassins viciés, d'hydramnios,

d'insertion vicieuse du placenta ou d'une malformation quelconque de la tête du fœtus, il est souvent très difficile de faire le diagnostic de présentation du sommet par les moyens ordinaires.

En effet, le signe du front qui serait si précieux dans les cas de ce genre peut faire complètement défaut par manque de flexion de la tête. M. le professeur Pinard l'avait si bien reconnu qu'il recommande dans les cas de ce genre la recherche du dos qui permet de faire le diagnostic de la position et de sa variété ; l'épaule permettrait d'obtenir plus facilement le résultat cherché. On peut encore, selon M. Rivière faire un diagnostic de position exacte par le seul signe de l'épaule. Après ses nombreuses recherches, il a pu établir que si l'on a affaire à une position antérieure, l'épaule peut arriver sur la ligne médiane, et le palper décèle une saillie large mais peu profonde. Si au contraire on examine un fœtus placé en postérieure, on verra que l'épaule s'arrête à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane et offre un ressaut plus étroit et plus profond que dans le cas précédent.

Nous avons dit précédemment que M. Rivière ne s'était occupé du signe de l'épaule qu'avant tout début de travail. De plus, il n'a dans son étude, parlé que de la distance qui sépare l'épaule de la ligne médiane, laissant de côté la hauteur de l'épaule au-dessus du lord supérieur de la symphise pubienne.

M. Fabre de Lyon a comblé cette lacune ; il a

voulu savoir s'il y avait un rapport quelconque entre la descente de la tête et celle de l'épaule. Dans une communication faite à la Société médicale de Lyon (5 fév. 1896), bien après par conséquent les travaux de M. Rivière, il arrivait aux conclusions suivantes.

Après avoir pris des points de repère constants et qui pouvaient en conséquence lui donner une précision quasi-mathématique, il a établi :

1° Que le palper de la tête pratiqué, selon les règles admises par M. le professeur Pinard, permet de faire un diagnostic certain de la position et de sa variété.

2° Le palper de l'épaule permet de se rendre très exactement compte de la position du fœtus.

3° La descente de la tête peut se calculer d'après la distance qui sépare l'épaule du bord supérieur du pubis. Si la distance est de 13 centimètres, le synciput est toujours dans le plan du détroit supérieur ; à 8 centimètres l'engagement est fait, au dessous de 8 centimètres la tête est engagée dans l'excavation.

4° Si au début du travail on trouve l'épaule élevée, si elle reste immobile malgré les contractions de l'utérus, la progression de la tête est arrêtée et l'on se trouve en face d'un bassin trop petit ou d'une tête trop grosse.

Nous terminons enfin cette étude historique en parlant des travaux des auteurs allemands qui se sont occupés de l'exploration externe soit dans le but de faire le diagnostic de présentation et de

position du fœtus, soit dans le but de trouver un moyen capable de diminuer la fréquence du toucher chez les parturiantes et par là les dangers qui l'accompagnent. Parmi les travaux si importants qui ont été publiés ces dernières années, nous citerons principalement ceux de M. Léopold, de Dresde. Nous avons analysé les divers mémoires publiés par lui sur ce sujet depuis 1890 ; il est d'avis que l'exploration externe doit donner des renseignements sur la descente de la tête à tel point qu'il propose de supprimer le toucher en obstétrique. Il analyse longuement les diverses positions du dos et de la tête, mais nous avons vainement cherché dans ses écrits un passage qui puisse nous faire songer qu'il avait donné au signe de l'épaule l'importance nécessaire.

Ahlfeld, Hégar, Werth se sont aussi longuement occupés des dangers auxquels expose le toucher ; ils donnent également des moyens qui permettent de le remplacer. Ils sont muets sur le signe de Rivière. En résumé, cette question qui est si importante et qui devrait occuper une place dans les résultats fournis par l'exploration externe, nous paraît avoir été laissée de côté par la plupart des accoucheurs.

CHAPITRE II

De l'analyse sommaire des travaux que nous venons d'énumérer, nous pouvons conclure que le palper de l'épaule permet de porter un diagnostic ferme de position et de présentation. On peut aussi par ce moyen d'exploration si simple, suivre pas à pas la descente de la côte dans l'excavation.

En règle générale, nous avons constaté combien ces auteurs avaient su voir juste. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question dans le chapitre suivant. Nous croyons auparavant nécessaire d'exposer sommairement les moyens d'exploration dont nous nous sommes servi.

Mous avons, dans cette étude, suivi les règles que M. le professeur Pinard a posé dans son magistral traité sur le palper abdominal. Nous nous servons des moyens ordinaires pour provoquer le relâcheuent, autant que faire se peut, de la paroi abdominale : décubitus dorsal, bouche ouverte, jambes demi-fléchies. Ces précautions étant prises, nous cherchons systématiquement la

tête, puis râtissant avec la pulpe des doigts mi-fléchis, la paroi abdominale, nous essayons de sentir le sillon formé par la dépression du cou. Continuant notre examen, nous voyons que la main qui doit trouver l'épaule est arrêtée par une saillie légère mais cependant très nettement perceptible ; l'autre main, au contraire, glisse sans rencontrer aucun obstacle.

La saillie dont nous venons de parler est l'épaule. Si d'ailleurs un doute persistait, il suffit de prendre le sthétoscope et c'est là que l'on doit entendre le maximum des bruits cardiaques. Théoriquement, avec un manuel opératoire aussi simple, tout paraît parfait. Il n'en est pas toujours ainsi dans la pratique. C'est ainsi qu'il est des femmes nerveuses qui, pendant le travail présentent de l'hypéresthésie abdominale et qui ressentent plus vivement que les autres les douleurs de l'accouchement. Celles-là se prêteront difficilement à un examen approfondi. Elles contracteront leur paroi abdominale et dans bien des cas le signe de l'épaule restera vague. Une autre difficulté peut provenir d'une épaisseur exagérée de la paroi abdominale. Certaines femmes présentent un pannicule adipeux suffisamment développé pour rendre tout palper très obscur si non impossible. On comprendra que dans les cas de ce genre il est très difficile de pouvoir assigner à l'épaule sa place exacte.

Dans les cas d'hydramnios, la paroi abdominale est tendue par l'excès de liquide. Nous n'avons pas personnellement à nous plaindre de ces cas. Il

nous a été toujours possible d'établir un diagnostic ferme.

Nous avons observé un fait qui pourra peut-être paraître anormal au premier abord. Dans les cas où les femmes portaient un gros fœtus, le palper de l'épaule a été moins net que dans les cas où l'enfant était normalement développé. Cela est dû, comme on le sait, au tassement de l'épaule pendant le travail, tassement qui a pour effet de reporter les deux extrémités acromiales l'une vers l'autre, au devant du thorax.

L'erreur s'évitera facilement si on tient compte de la facilité avec laquelle le coude se déplace sous la main par suite des mouvements actifs ou passifs du fœtus. L'épaule est, au contraire, par comparaison de beaucoup moins mobile.

A notre avis, il est assez facile de triompher dans la plupart des cas des difficultés que peut présenter l'exploration de l'épaule.

Avant tout début de travail, ce signe ne nous a presque jamais échappé. Nous attribuons ces heureux résultats, d'abord à une exploration attentive et aussi aux examens répétés auxquels nous avons soumis les femmes enceintes. Bien souvent, nous avons trouvé le lendemain ce qui nous échappait la veille.

Il n'est pas permis de parler ainsi quand on pratique l'examen pendant le travail. Dans bien des cas, la recherche de l'épaule est très difficile. Nous ferons pourtant une différence entre les fem-

mes examinées alors que le travail est commencé et celles que l'on a pu suivre dans les derniers jours de la grossesse. Chez ces dernières, on conçoit que la recherche de l'épaule fœtale dont on connaissait la position la veille, est beaucoup plus facile.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nombre total : 23

Nous donnons ci-après une série de vingt-trois observations. Quinze sont le résultat de l'examen systématique fait par nous de femmes dont nous avons pu surveiller les derniers mois de grossesse et suivre le travail. Nous avons, pour arriver à ce résultat, dû examiner bon nombre de femmes. Les unes, nous ont échappé au moment de l'accouchement; chez d'autres, que nous avions suivies avant tout début de travail, les douleurs de la parturition ont été telles qu'il nous a été impossible de faire une palpation sérieuse jusqu'à la fin de l'accouchement.

Parmi les observations incomplètes que nous possédons, nous en citerons une série de huit ; elles montreront combien, avant tout début de travail, nos résultats concordent avec ceux de M. Rivière.

Voici la méthode que nous avons suivie, dans nos recherches. Suivant en cela le travail de M. Fabre, nous déterminerons l'endroit précis où se trouve l'épaule au moyen de deux mesures.

Une première mesure D donnera la distance de l'épaule à la ligne médiane menée du pubis à l'appendice xyphoïde. Elle sera représentée par la perpendiculaire menée sur cette ligne. (Voir le schéma ci-contre.)

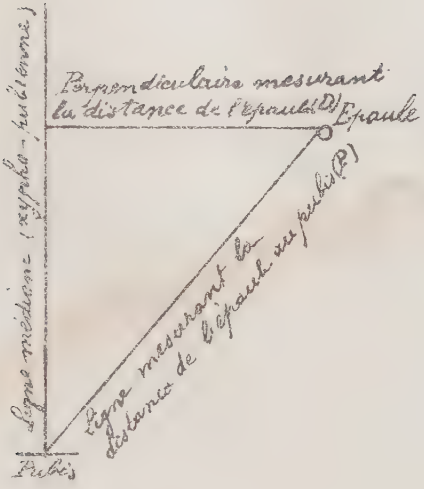
La seconde mesure P donnera la distance qui sépare l'épaule du pubis.

Le pubis sera représenté par le point P.

Les épines iliaques ant. et sup. droites et gauches seront représentées par les lettres E O — E G.

Les chiffres (1), (2), (3), etc., indiqueront les positions de l'épaule prises aux divers moments de la grossesse et de l'accouchement.

Nous avons, autant que possible, respecté sur nos figures les proportions. Les huit figures, donnant les résultats obtenus avant le travail, sont à l'échelle de 1/5. Les quinze suivantes sont à l'échelle de 2/5.


Perpendiculaire mesurant
la distance de l'épaule (D)
Epaule
DEC.
Ligne mesurant la
distance de l'épaule au pubis (P)
Ligne médiane (symétrie du tronc)
Pubis

Les Observations suivantes concernent des grossesses normales que nous n'avons pu suivre pendant le travail.

OBSERVATION I

Femme examinée quinze jours avant l'accouchement. Abdomen normalement développé. Présentation du sommet en OIGA. Tête amorcée. Epaule dans la fosse iliaque gauche. D = 5 1/2. P = 10.

OBSERVATION II

Femme examinée le 11 octobre pour la première fois. Abdomen bien développé. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Présentation du sommet en O I G T. Epaule : D=5. P = 10.

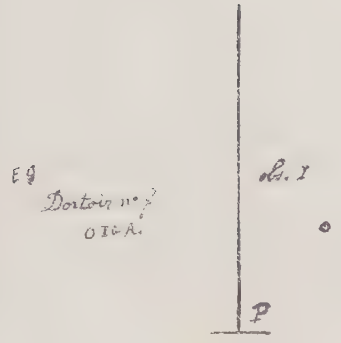
5 novembre. — Tête amorcée. Epaule : D = 4. P = 10.

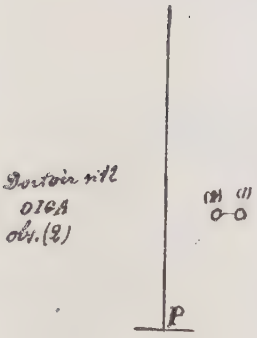
OBSERVATION III

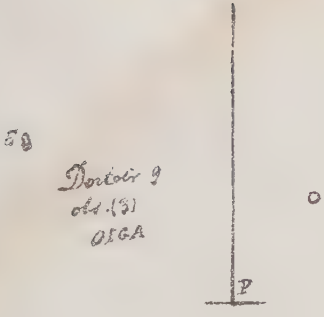
Femme entrée en travail. Tête engagée. Dos à gauche. Présentation du sommet en O I G A. Dilatation, 2 c. Les contractions subintrantes empêchent d'examiner la femme pendant le travail. Epaule : D = 5. P = 7 1/2.

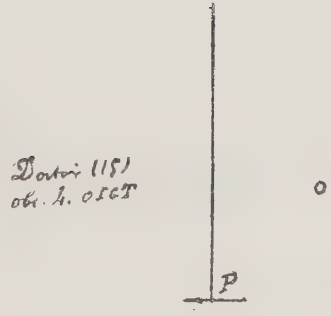
OBSERVATION IV

Femme examinée un mois avant l'accouchement. Abdomen peu développé. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Présentation du sommet en O I G T. Epaule : D = 8. P = 8.


Dortoir n° 2
OIGA
obs. I
P


Dortoir n°2
OIGA
obs.(2)
P


Dortoir 9
obs.(3)
OIGA
P


Dortoir (15)
obs. 4. OIGT
P

OBSERVATION V

Femme à terme. Paroi abdominale bien développée. Tête engagée. Présentation du sommet en O I G A.

Epaule : D = 4. P = 7.

OBSERVATION VI

Femme examinée cinq jours avant le terme. Abdomen bien développé. Tête engagée. Dos à droite. Présentation du sommet en O I O P.

Epaule : D = 8. P = 9.

OBSERVATION VII

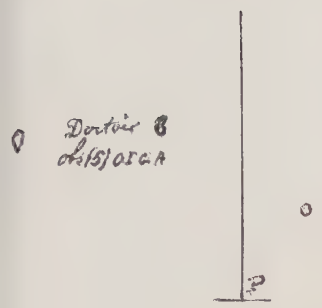
Femme examinée dix jours avant l'accouchement. Abdomen bien développé. Tête engagée. Présentation du sommet en O I D P.

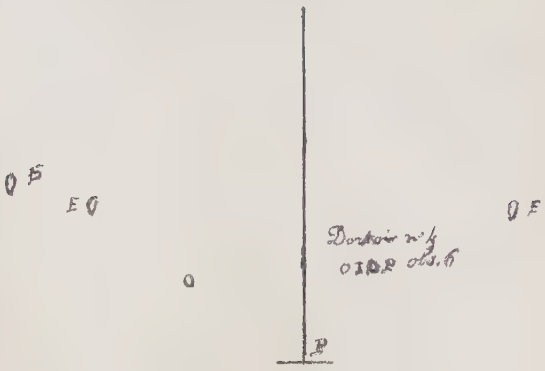
Epaule : D = 8. P = 9.

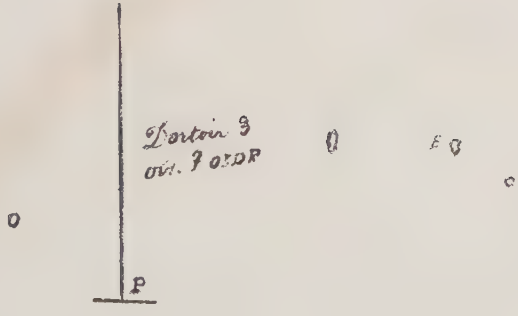
OBSERVATION VIII

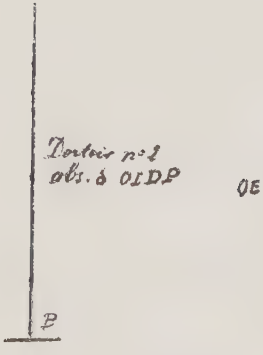
Femme examinée vingt-cinq jours avant le terme. Abdomen bien développé. Tête mobile au niveau du détroit supérieur. Présentation du sommet en O I D T.

Epaule : D = 11. P = 13.


Dortoir 8
obs[5] OIGA
P


Dortoir n°4
OIDP obs.6
P


Dortoir 3
obs. 7 OIDP
P


Dortoir n°2
obs. 8 OIDP
P

Les Observations suivantes concernent des accouchements normaux en O I G A.

On pourra voir combien, avant tout début de travail, la position de l'épaule concorde avec celle que M. Rivière lui a assignée.

OBSERVATION I (151)

Primipare, 20 ans.

Examinée pour la première fois quinze jours avant l'accouchement. Abdomen bien développé. Hauteur utérine, 38 c., léger hydramnios. Paroi abdominale souple.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche. Maximum des bruits du cœur à gauche Présentation du sommet en OIGT.

(1) Epaule quinze jours avant le début du travail. Tête non engagée. D = 8. P = 17.

(2) Epaule après le début du travail. Tête fixée. D = 6. P = 13. Présentation en OIGA.

(3) Epaule après la rupture de la poche des eaux. D = 2 1/2. P = 6.

(4) Epaule après la dilatation complète. Tête appuyant sur le périnée. Pas de rotation. D = 1 à droite. P = 3.

(5) Epaule après rotation complète de la tête. D = 3 1/2. P = 4.

Le travail est très lent par manque de contractions utérines ; les contractions cessant presque complètement une fois que la tête est arrivée sur le périnée. On termine l'accouchement par une application de forceps.

Durée de l'accouchement, 61 heures.

Enfant sexe masculin, poids 3,900.

Diamètres de la tête. Max. 15. OF = 13 c. BP = 11.

Bi-acromial, 12,5.

OBSERVATION II (155)

Primipare, 27 ans.

Premier examen fait dix jours avant l'accouchement. Paroi abdominale mince et souple. Abdomen peu développé. Hauteur utérine, 32 c.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche. Maximum des bruits du cœur à gauche. Présentation du sommet en OIGT.

(1) Epaule vingt jours avant l'accouchement. Tête non engagée. D = 7. P = 14.

(2) Epaule trois jours avant l'accouchement. Tête amorcée. Présentation en OIGA. D = 4. P = 10.

(3) Epaule au début du travail, col effacé. D = 3. P = 8. Tête engagée.

(4) Epaule après la rupture de la poche des eaux. Dilatation complète. D = 0. P = 4.

(5) Epaule après la rotation de la tête. D = 3. P = 3 1/2.

Accouchement normal. Durée 6 heures un quart.

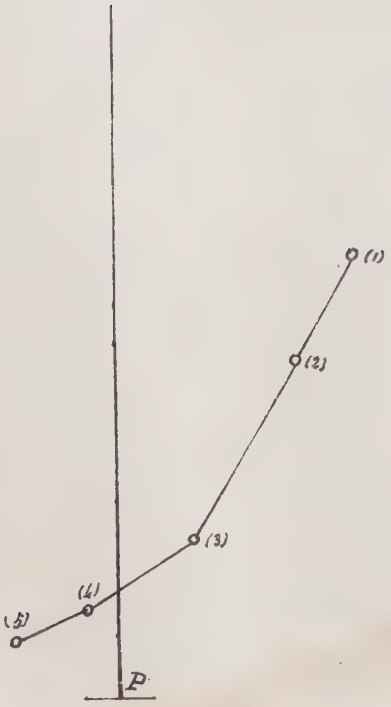
Enfant du sexe féminin, poids 2.185.

Diamètres de la tête. Max. 12,5. OF = 11. Bi-P = 9.

Bi-acromial, 10,5.

E ∅

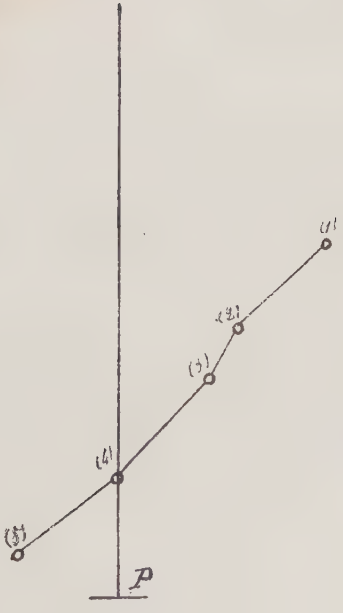
obs. I (151)



∅E

E ∅

obs. II (155)



∅E

OBSERVATION III (157)

Primipare, 24 ans.

Femme examinée pour la première fois dix jours avant l'accouchement. Abdomen peu développé. Paroi dure. Bassin généralement rétréci. Hauteur utérine, 29 c.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche. Présentation du sommet en OIGT.

(1) Epaule au premier examen dix jours avant le terme OIGT. D = 7. P = 15.

(2) Epaule au début du travail. Dos à gauche très en avant OIGT. Utérus légèrement dévié à droite. D = 3. P = 12.

(3) Epaule avec une dilatation de 3 c. Tête engagée. D = 2. P = 9.

(4) Epaule après la rupture de la poche des eaux. D = 0. P = 7.

(5) Dilatation complète. D = 0. P = 5.

(6) Tête appuyant sur le périnée Début de rotation. D = 1. P = 3 1/2.

(7) Epaule après rotation de la tête accomplie. D = 3 1/2. P = 4.

Accouchement assez rapide. Rupture prématurée des membranes. Durée du travail 13 heures.

Enfant du sexe masculin, poids 3,250

Diamètres de la tête, Max. 13,5. OF = 12,5. B-P = 9.

Bi-acromial, 13.

OBSERVATION IV (159)

Primipare, 23 ans.

L'examen pratiqué vingt-huit jours avant l'accouchement. Paroi abdominale souple et mince. Abdomen peu développé. Hauteur utérine, 34 c.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche et en avant.

Présentation du sommet en OIGT. Maximum des bruits du cœur à gauche.

(1) Epaule vingt-six jours avant l'accouchement. Tête non engagée. D = 3. P = 14.

(2) Epaule quinze jours avant l'accouchement. Tête amorcée. Présentation en OIGA D = 3. P = 11 1/2.

(3) Epaule au début du travail, col effacé. D = 2. P = 90. Tête engagée.

(4) Epaule après la rupture de la poche des eaux. Dilatation, 6 c. D = 2. P = 6.

(5) Epaule après dilatation complète. D = 2 1/2. P = 4 1/2.

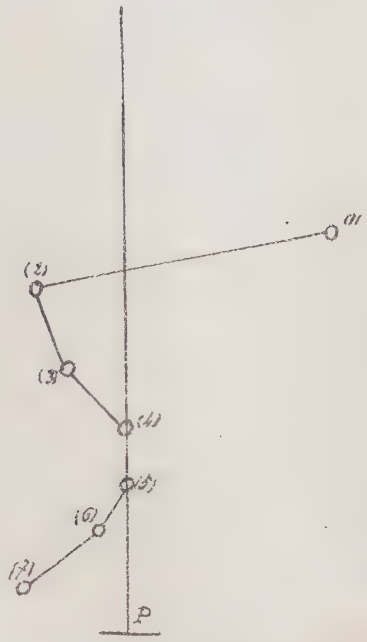
(6) Tête arrivée sur le périnée, début de rotation. D = 4. P = 4 1/2.

Accouchement normal. Durée 30 heures.

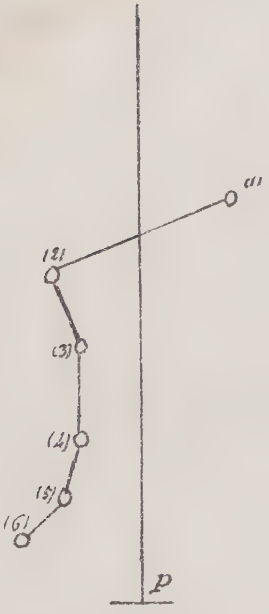
Enfant du sexe féminin, poids 3,580.

Diamètre de la tête. Max. 13. OF = 3,580. BP = 9,5.

Bi-acromial, 11,5.



obs. III (157)



obs. IV (159)

OBSERVATION V (160)

Primipare, 30 ans.

Femme examinée huit jours avant l'accouchement. Paroi abdominale normalement développée. Paroi mince. Hauteur utérine, 33 c. Dos à gauche et en avant. Presentation du sommet en OIGP.

(1) Epaule dix-huit jours avant l'accouchement. Tête non engagée. D = 3. P = 13.

(2) Epaule trois jours avant l'accouchement. Tête engagée. D = 3 1/2. D = 9.

(3) Epaule au début du travail. D = 0. P = 6.

(4) Epaule après la rupture de la poche des eaux. D = 1. P = 5.

(5) Epaule après la rotation de la tête. D = 3. P = 4.

Accouchement normal et rapide. Durée six heures.

Enfant du sexe féminin, poids 3,270.

Diamètre de la tête. Max. 12 1/4. Bi P = 9,5. OF = 10,5.

Bis-acromial, 12.

OBSERVATION VI (161)

Primipare, 24 ans.

Examen dix jours avant l'accouchement. Abdomen bien développé. Hauteur utérine, 32 c.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à gauche. Maximum des bruits du cœur à gauche. Présentation du sommet en OIGT.

(1) Epaule trente jours avant l'accouchement. Tête non engagée. D = 8. P = 16.

(2) Epaule dix jours avant l'accouchement. Tête amorcée. D = 4. P. = 9.

(3) Epaule avec une dilatation de 4 c. Tête engagée. D = I. P = 6 1/2.

(4) Epaule avec une dilatation de 5 c. D = I. P = 6.

(5) Epaule après la rupture de la poche des eaux. D = 2. P = 5 1/2.

(6) Epaule au moment où la tête appuie sur le périnée. D = 2 1/2. P = 3.

(7) Epaule après rotation complète de la tête. D = 4 1/2. P = 5.

Accouchement normal, très rapide, 30 gr.

Enfant du sexe féminin, poids, 3,170.

Diamètres de la tête. Max. 13. OF = 11. BP = 9.

Bis-acromial, 11,5.

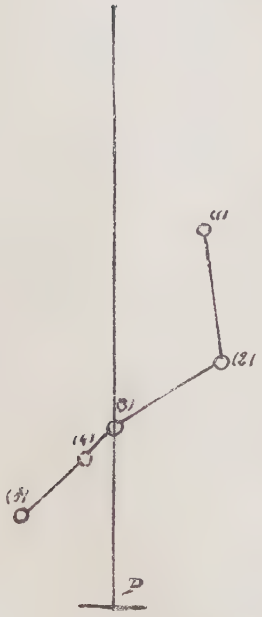


Fig. V (150)

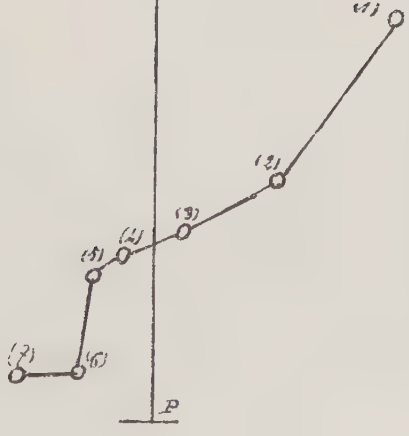


Fig. VI (151)

OBSERVATION VII (168)

Secondipare, 24 ans.

Premier examen, quinze jours avant l'accouchement. Abdomen normalement développé, paroi mince et souple.

Tête mobile au niveau du détroit supérieur. Dos à gauche. Maximum des bruits du cœur à gauche. Présentation du sommet en OIGT.

(1) Epaule avant l'engagement de la tête D = 6. P 14.

(2) Epaule après le début du travail. Présentation en OIGA. D = 3 1/2. P = 9. Tête amorcée.

(3) Epaule avec tête profondément engagée, col effacé. Dilatation, 1/2 c. D = 0. P = 5.

(4) Epaule après dilatation complète et rupture de la poche des eaux D = 1. P = 3 1/2.

(5) Epaule après rotation de la tête D = 4. P 5.

Marche du travail normale. Durée, 5 h. 50.

Enfant du sexe féminin, 3,300.

Diamètre de la tête, maximum 13,5. OF = 11,7. Bi-P = 9.

Bis-acromial, 11,5.

OBSERVATION VIII (prise en ville)

Multipare.

Trois accouchements antérieurs. Bassin vicié. Les trois enfants sont morts pendant le travail.

Accouchement provoqué à huit mois et demi.

(1) Examen avant l'accouchement. Fœtus petit, très mobile. Tête très élevée au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche. Position transverse. Epaule D = 7. P = 15.

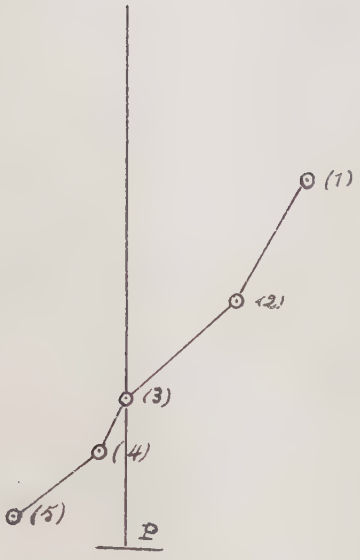
(2) La tête reste très élevée pendant le début du travail ; puis, au moment de la rupture de la poche des eaux, elle s'engage profondément. Suture sagittale dans le diamètre oblique gauche. Epaule à droite D = 2. P = 7 1/2.

(3) Dilatation complète. Tête arrive sur le périnée. Epaule D = 2. P = 5.

(4) Epaule après rotation de la tête D = 3. P = 4.

E

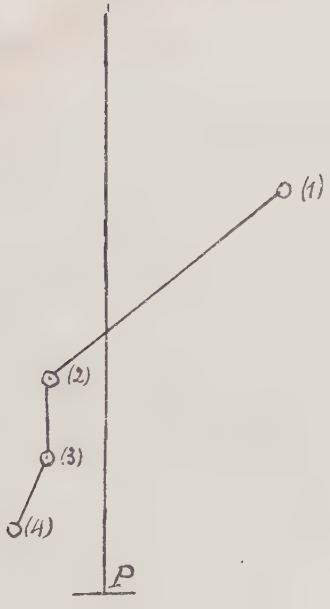
Obs. 7 (168)



E

E

Obs. 8 (168)



E

OBSERVATION IX (171)

Premier examen, douze jours avant l'accouchement. Paro abdominale souple. Abdomen normalement développé.

Tête mobile au niveau du détroit supérieur. Dos à gauche. Maximum des bruits du cœur à gauche.

Présentation du sommet en OIGT.

(1) Epaule douze jours avant le travail. Tête non engagée. Epaule D = 8. P = 15.

(2) Début du travail. Tête amorcée D = 4. P 10.

(3) Epaule, dilatation de 5 centimètres. Tête engagée D = 2 1/2. P = 8.

(4) Epaule après rupture de la poche des eaux D = 0. P = 6.

(5) Epaule à la dilatation complète D = 1. P = 4.

(6) Epaule après rotation de la tête D = 4. P = 4 1/2

Accouchement normal. Durée, 34 h. 40

Enfant, 2,970 du sexe féminin.

Diamètre de la tête Maximum, 13. B-P = 9,5. OF = 10,5.

OBSERVATION X

Tertipare, 32 ans.

Premier examen, 10 jours avant l'accouchement. Abdomen souple, paroi mince. Hauteur utérine, 33 centimètres.

Tête engagée. Dos à gauche et en avant. Suture sagittale dans le diamètre oblique gauche OIGA.

(1) Epaule dix jours avant l'accouchement D = 3. P = 9.

(2) Epaule au début du travail. Col effacé. Dilatation, 1 eentimètre D = 0. P = 8.

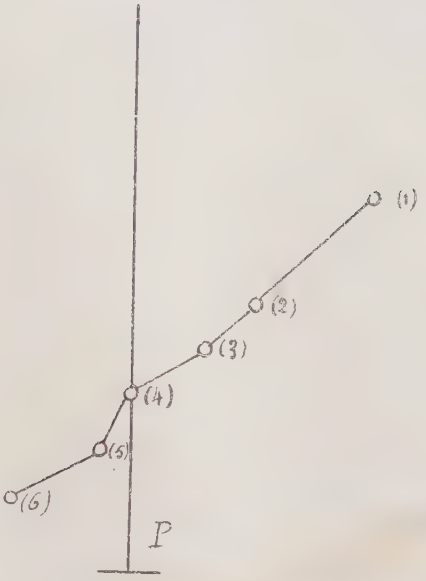
(3) Epaule après la rupture de la poche des eaux Dilatation, 6 centimètres D = 1. P = 6.

(4) Epaule après dilatation complète E = D = 1. P = 3 1/2.

(5) Epaule après rotation de la tête D = 3. P = 4 1/2.

E

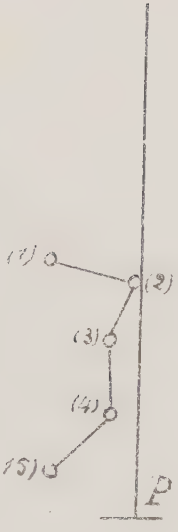
Obs. 9 (171)



E

E

Obs. 10 ( )



E

Les trois Observations suivantes concernent des cas où l'épaule antérieure se trouvait à droite de la ligne médiane avant l'engagement de la tête.

OBSERVATION I (165)

Primipare, 32 ans.

Femme examinée huit jours avant son accouchement. Utérus légèrement dévié à droite.

Tête mobile au niveau du détroit supérieur. Présentation du sommet en OIGT.

(1) Epaule avant l'engagement de la tête, huit jours avant tout début de travail. D = 2. P = 13.

(2) Epaule trois jours avant tout début de travail. Tête amorcée. D = 0. P = 9.

(3) Epaule à la rupture de la poche des eaux. D = 1/2. P = 6.

(4) Epaule après dilatation complète D = 1 P = 4.

(5) Epaule après rotation complète. D = 2. P = 3.

Enfant du sexe féminin, poids 2,780.

Durée du travail, 26 heures.

Diamètres de la tête. Max 13. OF = 11. Bi-P = 8,5.

Bis-acromial, 11,5.

OBSERVATION II (177)

Primipare, 19 ans.

Femme examinée quinze jours avant son accouchement. Utérus dévié à droite.

Tête mobile au niveau du détroit supérieur. Maximum des bruits du cœur à droite. Présentation du sommet en OIGT.

(1) Epaule avant l'engagement, douze jours avant tout début de de travail. D = 3. P = 12.

(2) Epaule au début du travail. Tête amorcée. Epaule. D = 2. P = 9.

(3) Epaule après la rupture de la poche des eaux. Tête profondément engagée. D = 2. P = 7.

(4) Epaule après dilatation. D = 2 1/2. P = 4.

(5) Epaule au début de rotation de la tête. D = 3 1/2. P = 4.

Enfant du sexe masculin, poids 3,160.

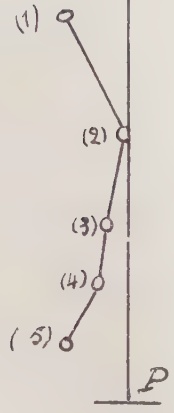
Durée du travail, 18 heures.

Diamètres de la tête. Max. 13,5 OF = 11. B-P = 9.

Bis-acromial, 11 5

E

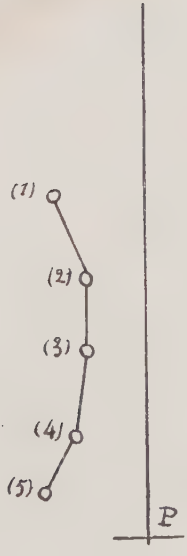
Обз. I (165)



E

E

Обз. II (177)



OBSERVATION III

Primipare, 22 ans.

Femme examinée 20 jours avant son accouchement. Utérus dévié à droite.

Tête mobile au niveau du détroit supérieur. Présentation du sommet OIGT. Hauteur utérine, 34 c.

(1) Epaule avant l'engagement, dix jours avant le terme. D = 1. P = 13.

(2) Epaule au début du travail. Tête engagée. D = 0 gauche. P = 8.

(3) Epaule après la rupture de la poche des eaux. Dilatation, 6 c. D = 2. P = 61/2.

(4) Epaule après dilatation complète. D = 2. P = 5.

(5) Epaule après rotation de la tête. D = 4. P = 5.

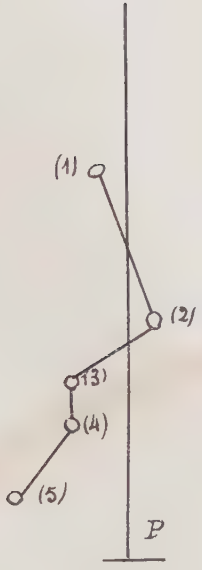
Enfant du sexe féminin ; poids, 3,230.

Diamètres de la tête. Max. 13. OF = 11,4. BP = 8,5.

Bis-acromial = 11,5.

E

Obs. 3 (208)



E

L'Observation suivante concerne un cas dans lequel la tête s'est engagée en transverse et est descendue également en transverse. La rotation ne s'est effectuée qu'au moment où la tête appuyait sur le plancher périnéal.

OBSERVATION (212)

Tertipare, 22 ans.

Femme examinée trente jours avant son accouchement, paroi abdominale mince et souple. Abdomen assez petit.

Bassin généralement rétréci. Hauteur utérine, 32 c.

(1) Examen trente jours avant l'accouchement. Utérus legèrement dévié à droite. Epaule D = 4. P = 14. Position OIGT.

(2) Début du travail la tête s'engage en transverse. Epaule, D = 6. P = 10.

(3) Epaule après dilatation, 4 c. Tête en transverse. Epaule D = 6. P = 9.

(4) Epaule après la rupture de la poche des eaux. Suture sagittale en transverse.

Epaule D = 5. P = 5 1/2.

(5) Epaule demi-heure après la rupture de la poche des eaux. D = 4. P = 4.

(6) Epaule après la dilatation complète. Suture sagittale se met dans le diamètre oblique gauche. Epaule O = I. P = I.

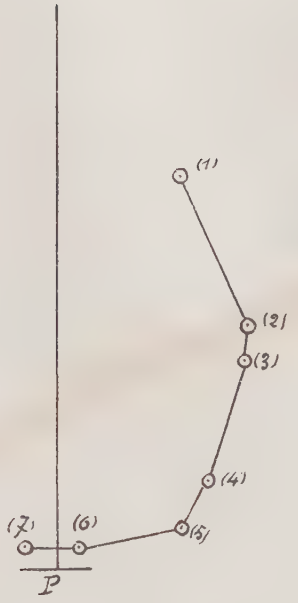
(7) Epaule au début de rotation de la tête, l'épaule passe à droite. D = I. P = I.

Enfant de sexe masculin ; poids,2,930.Durée de l'accouchement, six heures.

Diamètres de la tête. Max. 13.5. OF = 11,2. BP = 9.

Bis-acromial = 12.

obs. I (212)



L'Observation suivante concerne un cas d'une femme ayant une présentation en O I D P.

OBSERVATION I (212)

Femme examinée pour la première fois le 11 octobre, trente-cinq jours avant l'accouchement. Paroi abdominale simple, abdomen peu développé. Bassin généralement rétréci. Tête non engagée, dos à droite. Présentation du sommet en O I D T.

(1) Epaule trente-cinq jours avant l'accouchement. Tête non engagée. D = 9 1/2. P = 16.

(2) Epaule le 30 octobre. Tête débordant légèrement. D 7 1/2. P=16. Présentation O I D T.

(2 *bis*) Epaule le 6 novembre. Tête non engagée.

Présentation en O I D T. D 7 1/2. P 16.

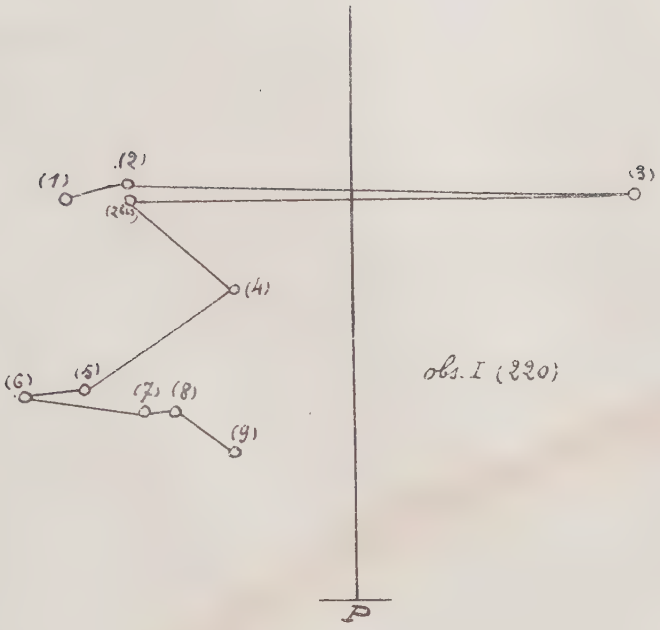
(3) Epaule le 3 novembre ; elle est passée dans la fosse iliaque gauche. Présentation en O I D T. D = 9 1/2. P = 16.

(4) 15 novembre. — Accouchement prématuré provoqué. Tête s'engage en droite transverse. Epaule : D = 4. P = 11.

(5) Dilatation : 7 centimètres. Tête en oblique. Poche des eaux intacte. Epaule : D = 9. P = 11.

(6) Dilatation complète. D = 9. P = 11.

(8-9) Au début de rotation de la tête, l'épaule disparaît derrière l'éminence iléo-pectinée.



Obs. I (220)

CHAPITRE IV

Si nous comparons nos résultats avec ceux obtenus par M. Rivière, nous pouvons dire que nous sommes pleinement d'accord avec cet accoucheur. La recherche du signe de l'épaule est facile avant tout début de travail. Nous avons pu expérimenter maintes fois ce fait par nous-même, et nous ne pouvons que souscrire pleinement à ses idées lorsqu'il disait : « Front à droite, épaule à gauche ; position gauche. Front à gauche ; épaule à droite, position droite. »

Avant tout engagement de la tête et dans les cas où l'axe de l'utérus n'est point dévié à droite, nous n'avons pu trouver une seule observation nous donnant l'épaule à droite de la ligne médiane. Nous avons également pu constater que sa distance à la ligne médiane n'est jamais de plus de 8 centimètres, et que nous ne l'avons pas trouvée à plus de 17 centimètres du pubis. Ceci concerne les G.

Nous avons, il est vrai, publié trois observations qui avaient trait à des femmes examinées avant l'engagement du fœtus et chez lesquelles nous avons trouvé l'épaule à droite, bien que le fœtus fût dans

la position OIGT. Nous ferons remarquer que nous avions, dans les cas de ce genre, affaire à des femmes dont les organes génitaux n'étaient pas normaux. Toutes trois présentaient, en effet, une obliquité utérine très prononcée. Ces faits d'ailleurs ne peuvent pas aller à l'encontre de notre thèse, car ils ne peuvent induire en erreur un observateur attentif.

On ne pouvait pas, dans ces cas-là, songer à une présentation en droite. En effet, pour ces présentations, nous avons toujours constaté que la distance minima qui sépare l'épaule antérieure de la ligne médiane est, pour le moindre, de 8 centimètres dans les positions postérieures. Pour ce qui concerne les positions transversales, on évitera l'erreur, si l'on tient compte du degré de la déviation de l'utérus. Dans les cas anormaux en OIGT, dont nous parlions plus haut, nous n'avons jamais trouvé plus de 2 à 3 centimètres.

Nous avons dit dans le chapitre que nous avons consacré à l'historique que M. Fabre prétendait pouvoir suivre mathématiquement la descente de la tête par la connaissance de la descente de l'épaule. Nous ne pensons pas que la clinique puisse souscrire aux idées peut-être un peu théoriques de M. Fabre. M. Fabre base ses recherches sur une donnée très variable, d'après nous, et qu'il tient, au contraire, pour constante. Il prend, en effet, un fœtus de poids unique, 3 k. 500, de grandeur unique, à points de repère toujours pareils. Est-ce cela dans la pratique ?

« Ceci posé, M. Fabre mesure la distance qui sépare le synciput d'une ligne imaginaire qu'il mène par les deux acromions. La longueur de cette ligne, que M. Fabre appelle ligne sincipito-mi-acromiale, serait de 13 centimètres. Cette ligne coupe en son milieu le bi-pariétal à 5 centimètres du synciput. Le bi-pariétal est donc distant de 8 centimètres du bi-acromial. Il y aura donc engagement chaque fois que l'épaule sera sur une ligne horizontale distante de 8 centimètres du pubis. La ligne syncipito-mi-pariétale sera au-dessous du plan du détroit, le bi-pariétal sera dans le plan du détroit supérieur, l'engagement sera fait, au sens précis que donne à ce mot M. le professeur Fochier, c'est-à-dire que la grande circonférence de la tête aura franchi le plan du détroit supérieur. »

Malheureusement pour M. Fabre, tous les fœtus n'ont pas 3,500 grammes. Cela était bon à noter. Personne donc, nous le pensons du moins, ne viendra s'inscrire en faux contre notre opinion que le travail de M. Fabre est surtout théorique et que dans la clinique on ne peut tenir un compte absolu de ses mesures. Nous ferons une autre objection à M. Fabre. Lorsque la tête s'engage en assynclitisme antérieur, il est impossible d'admettre sa mesure comme point de repère d'engagement de la tête. Nous avons vu, comme on a pu le constater à la lecture des observations précédentes, que nous avons trouvé des nombres variables. A quoi cela tient-il ? A la différence de grosseur des fœtus très

probablement. Ces petites critiques mises à part, nous dirons qu'en ce qui concerne la descente de l'épaule dans les OIGA, nous sommes pleinement de son avis. Comme lui nous avons observé que, en même temps que l'épaule descend, elle se porte vers la droite et dépasse toujours la ligne médiane une fois la rotation de la tête accomplie.

Nous voudrions pouvoir fournir des chiffres constants pour les phases principales de l'accouchement (engagement, dilatation complète). A notre grand regret, il nous a été impossible d'arriver à des résultats toujours identiques. Nos chiffres varient d'un accouchement à l'autre. Après engagement de la tête, nous avons vu tantôt l'épaule passer à droite, tantôt elle est restée à gauche. Nous avons voulu chercher une raison dans le diamètre bi-acromial du fœtus, nous ne l'avons pas trouvée. Les différences de grandeur que peut présenter ce diamètre d'après le poids différent du fœtus ne sont pas assez grandes pour expliquer de si notables écarts. Peut-être faut-il rechercher la raison dans la laxité du cou. La quantité de liquide amniotique contenu dans l'utérus peut avoir également une certaine influence : on conçoit facilement qu'avec une petite quantité de liquide, l'utérus s'appliquant directement sur le fœtus aura pour effet de le ramener sur la ligne médiane que l'épaule pourra dépasser à droite ou à gauche. Ceci est relatif aux OIGA.

Pour ce qui concerne le siège de l'épaule après la dilatation complète, nos résultats sont plus sem-

blables les uns aux autres. A ce moment, l'épaule se trouve toujours à droite de la ligne médiane ou se confond presque avec elle ; la distance au-dessus du pubis ne dépasse jamais 4 centimètres.

Après la rotation de la tête, nous avons constaté que l'épaule rasait la symphise pubienne et disparaissait sans qu'elle se soit éloignée de la ligne médiane de plus de 3 ou 4 centimètres. Nous en concluons que l'épaule ne s'engage point en transverse, mais en oblique. C'est d'ailleurs conforme à la théorie que le grand diamètre du fœtus s'engage d'après le grand diamètre du bassin. Or, nous savons que normalement les diamètres obliques du bassin sont toujours plus grands que les diamètres transverses.

Dans les cas où l'épaule était déjà à droite, pour anomalie de position de l'utérus (obliquité), ce mouvement de translation de gauche à droite n'existe pour ainsi dire plus. Nous assistons à une descente presque verticale. Quand la tête descend en transverse (Observation XXII), nous avons vu l'épaule descendre verticalement jusqu'au niveau de la symphise pubienne et ne tourner qu'au moment de la rotation interne de la tête.

Dans les OIDP, nous n'avons pas vu l'épaule droite passer à gauche. Comme M. Fabre, nous avons vu disparaître l'épaule derrière la ligne ilèo-pectinée droite, à 7 centimètres du pubis, sans qu'il nous ait été possible de pouvoir la trouver ailleurs pendant la rotation de la tête. L'engagement des épaules se ferait alors suivant le diamètre oblique droit, comme dans les OIGA.

Nous dirons maintenant quelques mots d'une très grosse question qui touche de près à la palpation et qui a été agitée maintes fois par bon nombre d'éminents accoucheurs. Nous voulons parler de la suppression du toucher et de son remplacement par l'exploration externe. Frappés des dangers qu'il y avait pour les parturientes de pratiquer sur elles des touchers répétés, à l'époque où la fièvre puerpérale ravageait nos maternités, Litzmann et Halbertsmann avaient conseillé de s'abstenir absolument de toute exploration interne. Depuis les progrès de l'antisepsie, la fièvre puerpérale est devenue, il est vrai, beaucoup plus rare. Elle n'a pourtant point complètement disparu, et reconnaît bien souvent pour cause des touchers malpropres pratiqués par les médecins ou les sage-femmes. On sait, en effet, qu'une asepsie parfaite est presque impossible dans certains milieux. Nous sommes donc de l'avis de ces accoucheurs qui veulent, sinon supprimer le toucher, du moins en restreindre l'application. Nous reconnaissons pourtant que dans certains cas, tels que : rétrécissement grand du bassin, procidence du cordon, insertion basse du placenta, la suppression de l'exploration interne pourrait devenir dangereuse, soit pour la mère, soit pour l'enfant; dans ces cas, nous ne déconseillons pas le toucher, mais nous croyons qu'on peut encore en diminuer la fréquence. Le signe de l'épaule nous fournit un moyen de suivre facilement la descente du fœtus. Il nous donne des ren-

seignements précis sur la descente de la tête et peut nous indiquer ainsi le moment où le toucher devient nécessaire. Nous avons vu que, grâce à l'épaule, nous pouvions connaître assez exactement le moment de la dilatation complète. Nous savons également à quelle distance du pubis se trouve l'épaule après la rotation de la tête, et par conséquent, sans exploration interne, nous pouvons suivre les diverses phases de l'accouchement. Supposons que nous nous trouvions en présence d'une femme qui présente un fœtus en OIGA, dont l'épaule se trouve à droite de la ligne xypho-pubienne et à 3 ou 4 centimètres du pubis, nous pouvons affirmer que la dilatation est complète ou bien près de l'être et agir en conséquence.

Pour nous donc, s'il est un signe précieux qui nous permette de reconnaître la marche du travail, nous croyons que c'est celui de l'épaule. La méthode qui a pour but la recherche de ce signe n'est pas douloureuse, et elle n'est pas, ce nous semble, inférieure à celle employée par Léopold de Dresde, qui a presque complètement supprimé le toucher dans son service.

CONCLUSIONS

Des faits que nous venons d'observer, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. La recherche de l'épaule est un signe de grande valeur pour l'exploration externe.

II. D'une manière générale, cette recherche est très facile avant tout début de travail.

III. Dans les positions gauches, avant tout début d'engagement, l'épaule antérieure du fœtus (épaule droite) se trouve placée dans la fosse iliaque gauche, à une distance de la ligne médiane qui ne dépasse pas 8 centimètres et à une distance du pubis qui peut varier de 13 à 17 centimètres.

IV. Cette règle est, à notre avis, immuable en ce qui concerne la distance P (hauteur).

V. En ce qui concerne la distance D, le chiffre que nous avons donné (8 centimètres) peut varier. L'épaule peut se rapprocher de la ligne médiane et même la franchir.

VI. Lorsque la dilatation est complète, l'épaule est toujours à droite de la ligne médiane, ou se rapproche tellement de la ligne médiane qu'on peut la considérer comme se confondant avec elle.

VII. La distance P varie entre 3 et 5 centimètres.

VIII. Lorsque la suture sagittale se trouve dans le diamètre antéro-postérieur, c'est-à-dire lorsque la tête a terminé sa rotation, nous avons toujours constaté que l'épaule rasait la ligne iléo-pectinée à 4 centimètres de la ligne xypho-pubienne.

IX. Dans les positions OIDP, l'épaule ne se trouve jamais à moins de 9 centimètres de la ligne médiane, avant tout début de travail.

X. D'une manière générale, qu'il s'agisse des positions droite ou gauche, l'épaule s'engage en oblique.

XI. Le signe de l'épaule ne supplantera jamais complètement le toucher ; mais en permettant de suivre les diverses phases de l'accouchement, il permettra de restreindre la fréquence de l'exploration interne et d'éloigner ainsi les risques d'infection.

BIBLIOGRAPHIE

BELIN. — Thèse de Strasbourg, 1852.

P. BUDIN. — Obstétrique et Gynécologie. Paris, O. Doin, 1886.

CAZEAUX. — Traité d'accouchement, 1874. (Revu par S. Tarnier).

DEPAUL. — Leçons de clinique obstétricale, 1872-76.

DUNCAN MATHEWS. — Sur le mécanisme de l'accouchement, 1890.

FABRE. — Communication faite à la Société des sciences médicales de Lyon, séance du 19 février 1896.

FABRE. — De la descente sus-pelvienne de la tête dans les présentations du sommet pendant le dernier mois de la grossesse. In Lyon Médical, février 1896.

GUYON. — Journal de Lucas-Championière, 1869.

HERGOTT. — Annales de Gynécologie, 1882.

HUBERT DE LOUVAIN (fils). — Traité d'accouchement, 1878.

JACQUEMIER. — Manuel de l'art des accouchements, 1846.

JOULIN. — Traité complet d'accouchement, 1867.

LABADIE-LAGRAVE et GOUGET. — La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui. In Annales de Gynécologie, octobre 1891.

LABAT. — Annales de Gynécologie, 1881.

MARCHAL. — Thèse de Strasbourg, 1864.

Murray. — Diagnostic de la position du fœtus, 1858.

Nægelé et Grænser. — Traité d'accouchement.

Pajot. — Art des accouchements in diction. encyclop des sciences médicales.

Ad. Pinard. — De l'exploration externe en obstétrique in annales de gygécologie, 8 t., d'obstétrique, 1895.

Pinard et Vallich. — Traitement de l'infection puerpérale. Paris, Steinheil, 1896.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique. Paris, Masson, 1890.

Rivière. — Etude sur la valeur de la palpation de l'épaule dans le diagnostic des positions du sommet. In Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. Huitième année, 1887. Tome VIII.

Schrœder. — Manuel d'accouchement.

Staffer. — Union médicale, 1887.

S. Tarnier et P. Budin. — Traité de l'art des accouchements. Paris, G. Steinheil, 1901.

Varnier Henri. — La pratique des accouchements, obstétrique journalière. Paris, G. Steinheil, 1900.

Varnier H. — Annales de Gynécologie, 1888.

Vu : *Le Président de la thèse,*
Toulouse, le 24 janvier 1902.
CAUBET

Vu : *Le Doyen,*
CAUBET

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 24 janvier 1902

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
PERROUD